

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1928-1929 N° 76

CONTRIBUTION à l'ETUDE
DES
GRANDS KYSTES
NON PARASITAIRES DU FOIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 19 Février 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Léon JULLIARD

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Né le 23 Avril 1901 à SEPTMONCEL (Jura)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1929

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES GRANDS KYSTES NON PARASITAIRES DU FOIE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1928-1929 N° 76

CONTRIBUTION à l'ETUDE
DES
GRANDS KYSTES
NON PARASITAIRES DU FOIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 19 Février 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Léon JULLIARD

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Né le 23 Avril 1901 à SEPTMONCEL (Jura)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1929

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ
Doyen M. J. LEPINE.
Assesseur M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, BARD, LANNOIS.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. PIC.
Cliniques chirurgicales		PAVIOT.
Clinique obstétricale et Accouchements		TIXIER.
Clinique ophtalmologique		BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique		ROLLET.
Clinique des maladies des enfants		NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes		LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires		VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie		COLLET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		ROCHET.
Chimie biologique et médicale		NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie		CLUZET.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histologie naturelle médicale		MOREL.
Anatomie		BRETIN.
Histologie		GUIART.
Physiologie		LATARJET.
Pathologie interne		POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales		DOYON.
Anatomie pathologique		FROMENT.
Chirurgie opératoire		CADE.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie		FAVRE.
Médecine légale		PATEL.
Hygiène		ARLOING (F.)
Thérapeutique		Etienne MARTIN.
Pharmacie		COURMONT (P.).
Hydrologie thérapeutique et climatologie		SAVY.
		LEULIER.
		PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de	Pathologie externe	MM. VALLAS.
—	Prépédestique de gynécologie	CONDAMIN.
—	Chimie minérale	BARRAL
—	Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon).
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER.
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN.	ROUBIER.	CHALIER (André).	DEVIC.
IRILLAT.	BONNET.	CHALIER (Joseph).	GABRIELLE.
SARVONAT.	RHENTER.	NOEL.	MANCAU.
FLORENCE (G.).	MAZEL.	CHEVALLIER.	MARTIN (Joseph).
ROCHAIX.	SANTY.	DUMAS.	ROCHET (Ph.).
SORDIER (V.).	DUNET.	DUFOURT.	WERTHEIMER.
			GATE.

M. BAYLE, secrétaire.



EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. VILLARD, président ; PATEL, assesseur ;

DUMAS et ROCHET Ph., agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS, A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARD

A MONSIEUR LE DOCTEUR GIGNOUX
Chirurgien des Hôpitaux de Saint-Etienne

A MES JUGES

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE LYON

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE SAINT-ETIENNE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES GRANDS KYSTES NON PARASITAIRES DU FOIE

Introduction

Nous avons choisi ce titre car il présente l'avantage d'opposer les grands kystes du foie non parasitaires aux kystes hydatiques, bien plus fréquents, et avec lesquels cliniquement ils sont le plus souvent confondus; par contre, il a l'inconvénient d'être trop général en englobant la plupart des formations kystiques se développant aux dépens du parenchyme hépatique. Nous devons donc, pour fixer les limites de notre sujet, dire ce qu'il faut entendre par la dénomination : kystes non parasitaires du foie.

Ces derniers sont, en effet, nombreux, et sont classés différemment suivant les auteurs (Virchow, Orth, Sabourin). Thöle les répartit en deux grands groupes : 1° les kystes hématiques et lymphatiques ; 2° les kystes néoplasiques. Margarucci les divise en deux catégories : les kystes non néoplasiques et les kystes néoplasiques.

Parmi les premiers, il cite : le kyste dermoïde très rare (exemple de Merkel); les kystes lymphatiques

également rares, généralement formés de plusieurs cavités communiquant entre elles, contenant un liquide transparent non bilieux; et les kystes hématiques, conséquence du traumatisme et du ramollissement d'une tumeur solide qui sont en réalité de faux kystes.

Les adénokystomes ou cystadénomes, caractérisés par la présence dans le parenchyme hépatique, d'une ou plusieurs poches kystiques tapissées par un épithélium biliaire, constituent le groupe des kystes néoplasiques. Ce sont les plus fréquents parmi les kystes non parasitaires du foie, les seuls dont nous nous occupons.

Bien que le foie polykystique ne soit pas mentionné dans le titre que nous avons adopté, nous serons cependant appelé à en parler à plusieurs reprises, car il existe toutes les formes de passage entre le microscopique adénokystome biliaire et la volumineuse poche kystique, et que tous deux, suivant l'avis de la plupart des auteurs, sont une seule et même maladie, à modalités cliniques et thérapeutiques variables.

Le foie polykystique intéresse surtout l'histologiste. Nous en disons juste le nécessaire pour rendre compréhensible la pathogénie des grands kystes non parasitaires du foie.

L'histoire des adénomes biliaires kystiques est très succincte. Avant 1870, on ne rencontre que quelques observations isolées, souvent incomplètes. Après cette époque, les caractères anatomo-pathologiques des kystes non parasitaires du foie sont mis en lumière. Il

faut citer la thèse de Michalowicz (Paris, 1876), sur la dégénérescence kystique du foie où il est à remarquer que c'est à côté des kystes du rein que les kystes du foie sont étudiés. En 1877, Th. Frerichs, dans son traité pratique des maladies du foie, des vaisseaux hépatiques et des voies biliaires, consacre un chapitre aux kystes vrais du foie. Hanot et Gilbert réservent également une place spéciale aux kystes non parasitaires dans leur étude sur les maladies de foie, et rapportent une des rares observations de kyste à cellules ciliées. Schwartz, dans sa chirurgie du foie (1901), réunit les quelques observations connues de kystes chirurgicaux non parasitaires.

Pendant ces vingt dernières années, on s'est surtout préoccupé du traitement des grands kystes chirurgicaux du foie. La plupart des travaux sont étrangers. Il faut citer les noms de Von Haberer, de Plenk, de Norris, de Sonntag, de Grégorieff, de Sidney Boyd, de Parine (il rapportait 25 cas en 1913), et également de Tuffier, dans une période allant de 1909 à 1914. Plus récemment, signalons le travail de Margarucci, où cet auteur passe en revue l'étiologie, les symptômes et le diagnostic de ces kystes, et surtout l'important mémoire de Constantini et Duboucher, paru dans le *Journal de Chirurgie* de janvier 1923, où quarante-sept cas de kystes non parasitaires du foie sont rapportés.

Nous ajoutons à ce travail treize nouvelles observations, dont une inédite.

L'idée de cette thèse nous a été donnée par M. le Docteur Gignoux, chirurgien des Hôpitaux de Saint-Etienne. Qu'il nous soit permis de lui dire ici toute notre reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

Observations

Observation inédite due à l'obligeance du Docteur Gignoux

(Obs. I)

Mme G..., 64 ans.

Malade adressée au Docteur Gignoux par le Docteur Bouche, le 29 février 1928.

Antécédents héréditaires : Rien à noter.

Antécédents personnels : Mari mort à 52 ans de diabète, quatre enfants : deux bien portants, deux morts l'un à 28 mois, de méningite, l'autre à 26 ans de paludisme. Deux fausses couches (à 3 mois et à 5 mois).

Aucune maladie antérieure. N'a jamais eu d'ictère, de troubles digestifs, de douleurs abdominales.

LE 20 FÉVRIER 1928 : Se sent grippée. Un matin au réveil souffre d'un point de côté dans le flanc droit sans irradiations hautes, ni basses. Cette douleur n'existait qu'en station debout. Les jours précédents, la malade se plaignait déjà de fatigue générale. En

raison de la persistance de la douleur, elle va consulter.

LE 28 FÉVRIER 1928 : Examinée par le Docteur Bouche, qui constate une volumineuse tumeur de la fosse iliaque droite et de l'hypocondre du même côté.

LE 29 FÉVRIER 1928 : Examen pratiqué par le Docteur Gignoux. Malade grande, robuste, obèse. L'examen local est rendu difficile par l'adiposité pariétale. Dans la fosse iliaque et dans l'hypocondre droits on sent une masse arrondie, bien limitée, mobile, *fluctuante* (palper bimanuel).

Pas de contact lombaire.

A la percussion : Matité se déplaçant avec les attitudes, ne se continuant pas avec celle du foie.

Le toucher vaginal permet de sentir un col utérin élevé, indépendant de la tumeur.

Examen général négatif. Urines claires, sans sucre, ni albumine. Rien à noter ni au cœur, ni aux poumons. Tension artérielle (Gallavardin) : 16/10. Pas de troubles digestifs (ni vomissements, ni constipation). Pas de fièvre.

Le diagnostic posé est celui de kyste de l'ovaire ayant fait récemment une torsion. L'hydronéphrose est rejetée. On pense à un kyste ovarien à long pédicule.

L'intervention proposée est acceptée.

LE 3 MARS 1928 : Intervention sous anesthésie générale au schleich. Le ventre est palpé sous anesthésie. En raison du siège élevé du kyste qui repose dans la fosse iliaque droite on fait une laparotomie médiane sous-ombilicale haute. A l'ouverture du péritoine le

kyste n'apparaît pas de suite. En écartant les anses grêles qui le recouvrent, on aperçoit le kyste. Il a le volume de deux têtes d'adulte, sa coloration est verdâtre. Il est situé à droite du mésentère. En cherchant en bas son pédicule, on se rend compte qu'il est appendu au foie. L'incision est prolongée au-dessus de l'ombilic. Le champ opératoire est protégé. L'épiploon adhère à la face antérieure du kyste. A peine a-t-on touché cette adhérence très lâche que la poche se rompt et qu'un flot de liquide s'écoule. Ce liquide est séreux, teinté de vert, analogue à une bile fluide, sans débris ni grumeaux. La brèche est obturée par une pince en cœur. On reconnaît alors qu'il s'agit d'un kyste de la face inférieure du lobe gauche du foie, largement implanté sous celle-ci, immédiatement à gauche du ligament suspenseur. Il adhère au foie par une surface étendue de 20 cm. de longueur (sens antéro-postérieur) sur 15 à 20 cm. de large. Il n'adhère (hormis le grand épiploon) nullement aux organes voisins. La vésicule est saine. Le kyste a refoulé en bas le côlon transverse qui est en arrière de lui. On tente de séparer le kyste, *mais il n'existe pas de plan de clivage net*. Cette tentative provoque une forte hémorragie. Comme l'énucléation serait difficilement réalisable à cause de l'étendue du kyste et de l'hémorragie, on résèque les deux tiers de la poche kystique et on marsupialise le reste à la partie supérieure de l'incision. Deux mèches et un gros drain sont placés dans l'orifice de marsupialisation. Fermeture à trois plans, plus trois crins totaux dont deux aux extrémités de l'orifice de marsupialisation,

Les suites opératoires immédiates furent très simples. Aucune réaction péritonéale. La température a atteint 38° le deuxième jour. Depuis, elle est toujours restée normale. La première mèche est enlevée le 11 mars, la deuxième le 13 mars. Le suintement a été d'abord bilieux, très abondant. On raccourcit progressivement le drain.

LE 18 MARS 1928 : La malade quitte la clinique.

LE 6 AVRIL 1928 : Le drain ne pénètre que de 10 à 12 cm. La paroi a 8 cm. d'épaisseur.

LE 16 AVRIL 1928 : Cicatrisation achevée.

LE 8 MAI 1928 : Cicatrice solide, pas d'éventration. A l'examen: aucune tumeur, aucun trouble général ou fonctionnel.

LE 15 JANVIER 1929 : La malade est en parfaite santé. Cicatrice solide. Pas de tumeur perceptible. Aucune trace de récédive.

EXAMEN MACROSCOPIQUE DE LA PIÈCE : Sur le fragment enlevé la paroi mesure 3 à 4 millimètres d'épaisseur. Elle est régulière, lisse sur sa face convexe, un peu tomenteuse sur sa face concave interne. Elle est, par place, épaissie par des placards blanchâtres. Elle n'est pas formée de plusieurs feuillets superposés, mais d'une membrane unique épaisse.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (Docteur Devuns) : La réponse fut la suivante : Le fragment envoyé est formé sur sa face concave, qui semble correspondre à la cavité de la poche, de tissu de granulation plus ou moins infecté et suppuré par points (il existe même, en un point très limité, un peu d'éosinophilie locale),

Au delà de cette zone, on trouve une zone fibreuse, œdémateuse et encore inflammatoire, qui contient, rangées assez régulièrement, parallèlement à la surface, des cavités étroites, tubulaires, revêtues d'un épithélium cubique le plus souvent, cylindrique, très haut dans une des plus grandes. Ces cavités ressemblent à des canalicules biliaires anormalement disposés, anormalement nombreux et un peu dilatés. La zone fibreuse est doublée en dehors par du tissu hépatique un peu tassé. Il semble s'agir d'une poche kystique, dont subsiste une paroi fibreuse, suppurée à son intérieur.

(Obs. II)

Constantini et Duboucher

Femme kabyle de 40 ans. Entre à l'hôpital pour tumeur abdominale et ictère. Aucun antécédent morbide. *Début progressif en trois ans.* La malade découvre par hasard une tumeur épigastrique, non douloureuse, atteignant le volume d'une orange. Puis apparaît un ictère léger, l'appétit diminue, les digestions deviennent laborieuses et l'état général décline.

A L'EXAMEN : Ictère franc mais léger. Les urines contiennent des pigments et des sels biliaires. Matières un peu décolorées. La région épigastrique est soulevée par une voussure en dôme, avec point culminant un peu à droite de la ligne médiane. A la palpation, sen-

sation d'une tumeur arrondie, bien limitée, régulière. Son volume atteint celui d'une tête d'enfant. Elle est *parfaitement fluctuante* et donne la sensation de flot. Elle est mate dans toute son étendue. Le flot transthoracique et le flot transabdominothoracique sont parfaitement perçus. Pas de frémissement hydatique.

Malgré la mollesse de la tumeur, sa fluctuation et le résultat négatif de la réaction de Weinberg, on pose avec réserve le diagnostic de *kyste hydatique*.

INTERVENTION pratiquée par le Professeur Vincent. Laparotomie sus-ombilicale. On découvre immédiatement le kyste appendu à la partie antéro-inférieure du lobe droit du foie. Son volume est celui d'une tête d'enfant. Il est entouré par quelques adhérences péritonéales lâches. Ponction du kyste et aspiration de 1.500 cm³ de liquide verdâtre et trouble. Pas de vésicules ni de membranes hydatiques. La cavité kystique est unique. La paroi de la poche se sépare assez facilement du parenchyme. Il se produit par endroits une hémorragie appréciable, notamment dès qu'on pénètre dans le tissu hépatique. *L'ablation de la poche se fait en un bloc*. Le foie ne contient pas d'autres kystes. Il paraît cirrhotique. L'état de la malade inspirant quelques inquiétudes, on tamponne la cavité hépatique et on ne suture que partiellement la paroi abdominale. Malade décédée le cinquième jour en anurie.

EXAMEN DE LA PIÈCE: Poche uniloculaire. Sa paroi mesure de 2 à 5 mm. d'épaisseur. Le lit kystique occupe la partie antérieure et interne du lobe droit et tout le

lobe carré. A l'examen microscopique on constate que la paroi kystique est entourée par un tissu conjonctif lamelleux, tapissé par un épithélium simple, cylindrique, cubique ou pavimenteux. La paroi conjonctive est formée par un tissu adulte dépourvu de fibres élastiques, et disposé en trois couches dont l'externe manque par endroits. La couche interne contient de nombreux tubes épithéliaux, pleins ou creux, parfois dilatés et déjà kystiques. Les coupes en série montrent la continuité de ces tubes avec l'épithélium qui tapisse la grande cavité. La couche externe est souvent réduite à quelques débris effilochés et il apparaît clairement que le clivage s'est produit dans son épaisseur. Il existe surtout au voisinage du kyste, de la sclérose périlobulaire. A distance, la cirrhose est plus discrète, mais néanmoins généralisée. Le foie ne présente pas d'autres kystes visibles à l'œil nu. L'examen du liquide montre des polynucléaires mais pas de microbes ni de crochets; on y trouve des pigments biliaires.

(Obs. III)

Aumont

Mlle S... Virginie, 25 ans, entre, en février 1923, à Baujon. Elle présentait une hernie ombilicale du volume d'un petit œuf, bien réductible.

A L'INTERVENTION (20 février 1923) on se rend compte que la malade présente également une volumineuse

tumeur kystique qui paraît siéger sous le lobe droit du foie. Celle-ci était *complètement passée inaperçue* lors de l'examen de la malade. L'incision médiane est prolongée jusqu'à l'appendice xiphoïde et la paroi soulevée par une valve, ce qui permet de se rendre compte que cette tumeur a un volume égal à celui d'une grosse tête d'enfant, et qu'elle fait corps, par sa face supérieure, avec la face inférieure du lobe droit du foie. *On pense à un kyste hydatique.* Cependant, la coloration rosée de la poche, sans tension, paraît anormale. Avec l'appareil de Potain, on fait une ponction évacuatrice, on aspire ainsi plus d'un litre de liquide fluide, jaune verdâtre. La vésicule biliaire est enlevée, puis le kyste est largement excisé en conservant une collerette suffisante pour la marsupialisation.

On essaie par un badigeonnage iodé de détruire l'épithélium dans la portion conservée — un drain est placé au centre de la poche, ainsi fixée à la paroi abdominale, et celle-ci est ensuite reconstituée. Guérison sans incidents. Le drain ne donnant rien est enlevé au sixième jour. La malade se lève au bout de trois semaines et sort en parfait état.

EXAMEN DE LA PIÈCE : Il s'agit d'un kyste épithélial dont le revêtement est formé de hautes cellules cylindriques (quelques-unes sont ciliées), il existe en dehors de la couche épithéliale une paroi propre, formée de fibres musculaires lisses bien développées.

(Obs. IV)

Aumont

Un jeune homme, malade depuis la veille au soir, avait présenté une violente douleur abdominale partant de l'hypocondre droit, s'étendant en barre sus-ombilicale et sans autre irradiation. Pas de vomissement, pouls un peu accéléré, facies angoissé, terreux. Le ventre est très douloureux sans contracture très marquée. On prescrit un traitement d'attente et on pratique une injection de morphine. L'état du malade ne s'améliorant pas, un chirurgien, le Docteur Aumont, est appelé d'urgence, le 22 novembre 1923, vingt-sept heures après le début clinique de l'affection. Légère accalmie quant à la douleur, pouls rapide (120), température non enregistrée. La paroi se durcit sous le doigt particulièrement au niveau de l'hypocondre droit. Pas de vomissements, aucune selle et aucune émission de gaz. Le diagnostic demeure embarrassant. Rien dans le passé du sujet, si ce n'est une douleur identique ressentie huit jours auparavant, mais moins violente.

Le Docteur Aumont songe à une *cholécystite* et émet également l'hypothèse d'un *ulcus pylorique ou duodénal* en voie de perforation.

INTERVENTION le soir même. Laparotomie médiane sus-ombilicale. A l'ouverture du péritoine pas d'exsudat, ni aucune réaction inflammatoire apparente. Rien à l'estomac, ni au duodénum. La vésicule est saine. A

l'examen du foie et assez haut sous le diaphragme, on constate la présence d'une saillie régulière, nettement surélevée. Le ligament rond est sectionné, la main gauche est glissée le plus loin possible derrière le lobe droit du foie qu'elle repousse en bas et en avant. La tumeur devient plus aisément abordable. Une ponction évacuatrice ramène un liquide verdâtre, bien lié, qui a tous les caractères du pus. La poche est ouverte largement au bistouri. Elle est lisse, régulière, de la taille d'un gros œuf de canne, elle ne contient aucune vésicule hydatique. On cherche un plan de clivage, et tantôt au doigt, tantôt à l'aide de ciseaux courbes, on arrive à énucléer entièrement la poche. Malgré ces manœuvres menées avec grande prudence, le foie saigne assez abondamment. Trois gros catguts en anses profondes adossent les parois de la cavité et diminuent l'intensité de l'hémorragie. L'hémostase est complétée par une greffe épiploïque libre. Un gros drain court est laissé dans la partie haute de l'incision abdominale. L'opération a duré plus d'une heure. Les suites opératoires furent un peu mouvementées pendant les quarante-huit premières heures. On constate un gros souffle tubaire à la base droite. Cette congestion pulmonaire guérit facilement. Il n'y eut aucune réaction abdominale. Le drain ne donnant rien fut enlevé au quatrième jour. L'opéré fut revu le 30 janvier 1924 se portant fort bien et ayant engraisé de deux kilogrammes.

EXAMEN DE LA PIÈCE : Dans la paroi propre du kyste il n'existe pas de fibres musculaires lisses. Elle est uniquement formée de tissu conjonctif dense. L'épi-

thélium possède de hautes cellules cylindriques. Liquide stérile contenant quelques granulations graisseuses, de la cholestérine et de la biliverdine.

(Obs. V)

Maes

Une femme de 42 ans, malade depuis six mois avec troubles digestifs (nausées, vomissements), accuse des douleurs au niveau de son hypocondre droit, et voit cette région augmenter de volume. Le diagnostic posé est celui de *maladie de Hanot*.

INTERVENTION : Une laparotomie exploratrice est cependant faite. Il y a du liquide dans l'abdomen et on perçoit de la *fluctuation* dans le foie, à travers une mince couche de parenchyme. La ponction ramène un liquide jaune dont on extrait une assez grande quantité. Ainsi devient manifeste l'existence d'une paroi kystique qui est réséquée en grande partie, mais qui ne peut pas être totalement extirpée. Marsupialisation de la poche. Vers le dixième jour, le suintement est minime et cesse complètement vers le quinzième. Six mois après la malade était en parfait état.

EXAMEN DE LA PIÈCE : Dans le kyste, il n'y avait pas de trace de crochets, la paroi du kyste était formée de tissu conjonctif condensé, recouvert d'un épithélium cylindrique.

(Obs. VI)

Alexandre

Il s'agit d'un enfant de 11 ans, dont le volume du ventre augmente progressivement depuis un certain temps. A l'examen, on note une masse liquide qui remplit à peu près tout l'abdomen, à part l'hypocondre gauche. Cette masse est *franchement fluctuante*, mate et immobile.

On songe à une *ascite tuberculeuse* enkystée et on pratique une laparotomie.

A L'INTERVENTION : Kyste très volumineux appendu à la face inférieure du lobe droit du foie, sans connexions avec la vésicule et les canaux biliaires extra-hépatiques. L'ouverture du kyste évacue un liquide abondant et verdâtre. Derrière ce kyste se trouve une seconde cavité, plus petite, qui contient un liquide analogue à du méconium. L'état de l'opéré étant grave on termine rapidement par la fermeture du kyste, et par la fixation du moignon à la paroi. Mort dans la journée.

EXAMEN DE LA PIÈCE : Kyste à paroi villeuse. Ni pigments biliaires, ni pigments sanguins. La paroi kystique est formée de tissu fibreux, par endroits se trouve un revêtement épithélial.

(Obs. VII)

Marmasse

Il s'agissait d'une femme qui se plaignait depuis quelques semaines de douleurs vagues dans la région

ombilicale et de troubles digestifs variables. Pas de passé hépatico-biliaire. L'examen permit de trouver une tumeur de forme arrondie occupant la région ombilicale et la débordant un peu à droite, assez mobile dans le sens transversal mais immobile verticalement, séparée du rebord thoracique par une zone où les doigts pouvaient pénétrer.

Les chirurgiens qui examinèrent la malade firent le diagnostic de *tumeur mésentérique*. En raison de sa forme sphérique on la rangea dans les tumeurs kystiques.

A L'INTERVENTION : Kyste de 12 cm. de diamètre, dont la demi-circonférence inférieure adhérait à l'épiploon et à l'estomac. La poche fut extraite intacte sans qu'il fut possible de voir ni lier aucun pédicule. Elle contenait un liquide filant, noirâtre. Après l'ablation il fut possible de constater que ce kyste était inséré dans une loge du foie. Guérison sans incidents.

EXAMEN DE LA PIÈCE : La réponse du laboratoire fut la suivante : La paroi kystique n'est autre que celle de la vésicule biliaire amincie. La muqueuse a presque complètement disparu, mais il persiste dans cette paroi des cryptes glandulaires et des faisceaux musculaires lisses en assez grand nombre pour que la structure de la vésicule biliaire soit reconnaissable.

Cette interprétation surprit quelque peu le chirurgien qui, à l'intervention, avait vu la tumeur en connexion avec la face antérieure du foie, ce qui n'est pas le siège habituel de la vésicule. En outre, le kyste n'avait aucun pédicule et la malade avait guéri sans

la moindre fistule biliaire. Ces différentes raisons firent considérer cette tumeur kystique comme appartenant au groupe des kystes non parasitaires du foie.

Dans les observations suivantes, l'examen anatomopathologique est le plus souvent incomplet.

(Obs. VIII)

D B Allmann

Sexe et âge : Femme, 13 enfants.

Symptômes : Présentait de vagues douleurs à l'épigastre s'irradiant à l'hypocondre droit, de la constipation et des digestions difficiles. Malgré son obésité, on sentait dans la région hépatique une masse du volume d'une tête de fœtus.

Diagnostic : Aucun diagnostic.

Intervention : L'opération montra un kyste siégeant au niveau du bord antérieur du foie dans l'incisure de la vésicule. Celle-ci était refoulée en arrière par la masse kystique. On retira par ponction 600 cm³ de liquide. La plus grande partie de la poche fut enlevée et on marsupialisa autour d'un drain.

Résultats : Guérison sans incident.

Examens de laboratoire : Liquide clair, incolore ne contenant ni crochets ni œufs de parasites. Toutes les cultures furent négatives.

(Obs. IX)

W. Schaack

Sexe et âge : Femme âgée de 29 ans.

Symptômes : Le 24 mars 1920 est examinée parce qu'elle présente une grosse tumeur occupant la moitié droite de l'abdomen. Six mois auparavant, elle avait fait une chute sur le même côté nécessitant un repos de dix jours, au lit, mais n'empêchant pas une grossesse en cours d'aller à terme. A l'accouchement en janvier, on découvrit la tumeur. La malade alla s'affaiblissant progressivement. A son entrée, on constate une forte saillie de la région hépatique, la tumeur épigastrique atteint l'ombilic. Pas d'ascite. Une ponction ramène un liquide chocolat.

Diagnostic : Pas de diagnostic.

Intervention : Le 30 mars 1920. On trouve un kyste recouvert de gros vaisseaux. On incise et il s'écoule 5 litres de liquide. Le kyste s'enfonce sous le foie auquel il paraît adhérent. Marsupialisation.

Résultats : Au bout de quatre mois, il persiste deux fistules, mais la malade a repris quinze kilogrammes. Les fistules se tarissent vers le neuvième mois.

Examen de laboratoire : La paroi épaisse de 3 mm. ne renferme pas d'éléments épithéliaux, sans doute par suite de la distension; mais l'origine hépatique du kyste est probable vu les connexions observées.

(Obs. X)

H. V. Sims

Sexe et âge : Nègresse de 24 ans.

Symptômes : Présente une volumineuse tumeur abdominale, douloureuse.

Etant donné l'existence de troubles de la menstruation, de douleurs s'aggravant au moment de cette période, d'une masse abdominale s'accroissant vite et de l'absence de toute grossesse, on songe à un kyste de l'ovaire.

Intervention : Tumeur kystique occupant toute la partie inférieure de l'abdomen provenant du lobe droit du foie, à paroi épaisse.

Résultats : Guérison malgré une broncho-pneumonie intercurrente.

(Obs. XI)

Scalone

Sexe et âge : Fille de 8 ans.

Symptômes : Voit son ventre grossir depuis quatre mois. Etat général bon, pas d'ictère, température normale.

Au niveau de l'hypocondre droit existe une voussure lisse, régulière, mate. On pose le diagnostic de kyste hydatique.

Intervention le 10 juillet 1923: Incision transversale. Le kyste découvert est ponctionné. Il s'écoule un liquide bilieux. Marsupialisation.

Il s'agissait d'un kyste central occupant le lobe droit.

Résultats : Guérison. Il subsistait une fistule plusieurs mois après.

Examens de laboratoire : Pas de crochets.

Deux observations rapportées par Scalone

(Obs. XII)

Zipf

Fille de 14 ans, présentant, après une crise aiguë, une tumeur de la région vésiculaire.

Gros kyste de la face inférieure du foie.

Ponction. Mort deux jours après.

(Obs. XIII)

Elischer

Femme de 20 ans, présentant une tumeur épigastrique. On diagnostique un kyste hydatique.

A l'intervention : poche remplie de bile. Drainage.

Guérison constatée six mois après.

(Obs. XIV)

Maes

Homme de 34 ans: Signes de cholécystite. Au cours de l'intervention, on constate que la vésicule est distendue, volumineuse et on pratique la cholécystectomie. On voit de plus sur la face convexe du lobe droit un petit kyste ayant le volume d'une grosse cerise. Extirpation totale.

A l'examen histologique : Kyste contenant un liquide brun verdâtre, à parois irrégulières d'un jaune sale, formées de tissus nécrotiques. Le parenchyme hépatique adjacent présente de la cirrhose périlobulaire.

**Observations rapportées
par Constantini et Duboucher**

BOUCHUT.

Enfant de 11 ans. Signes d'un kyste du foie. Ponction. Guérison.

DIWAWIN.

Homme de 39 ans. Tumeur gauche, ascite, ictère. Kyste du lobe gauche du volume d'une tête d'enfant. Ponction. Mort cinq mois après.

GLOTZ.

Homme de 28 ans. Kyste sous-hépatique, accroisse-

ment rapide. Un kyste antérieur et inférieur du volume d'une tête d'enfant. Ponctions répétées. Mort. Suppuration de la poche.

MURCHINSON.

Femme de 43 ans. Kyste continu avec le foie. Fluctuation. Amaigrissement. Fièvre. Diagnostic de kyste hydatique suppuré. Un gros kyste suppuré. Ponction. Mort de péritonite. Epithélium cubique.

NORTH.

Homme de 45 ans. Kyste sous les côtes gauches. Ic-tère. Un kyste du lobe gauche du volume d'une tête d'adulte. Ponction. Mort (cholépéritoiné).

AHLFELD.

Femme de 38 ans. Tumeur fluctuante sus-ombili-cale. Diagnostic de kyste de l'ovaire. Un kyste inférieur du volume d'une tête d'adulte. Marsupialisation. Guérison. Fistule.

ALDOUS.

Femme de 43 ans. Tumeur épigastrique fluctuante. Un kyste du bord libre du foie du volume d'une tête d'enfant. Incision, drainage. Guérison.

BAYER.

Femme de 56 ans. Grosse tumeur à rapide développement. Fluctuation, anémie. Un kyste occupant tout le foie du volume d'une tête d'adulte. Marsupialisation. Guérison.

BIRD.

Gros kyste fluctuant. Un kyste du foie. Incision, drainage. Guérison, puis récurrence deux ans après,

COTTON et BURGEN.

Femme de 60 ans. Tumeur épigastrique gauche. Amaigrissement. Diagnostic de cancer du foie ou de l'estomac. Un kyste du lobe gauche du volume d'un œuf. Marsupialisation. Guérison. Paroi kystique épaisse tapissée par un épithélium cubique.

DORAN.

Femme de 42 ans. Tumeur fluctuante à droite de l'ombilic, ictère, douleur, diarrhée. Un kyste du lobe carré et gauche du volume d'une tête d'enfant. Incision, drainage. Guérison. Fistule (9 mois).

KÖRTE.

Un kyste du bord antérieur du volume d'un œuf de pigeon. Incision, drainage, cholécystectomie. Guérison.

MAYO ROBSON.

Femme de 42 ans. Tumeur fluctuante, ictère. Un kyste du lobe droit du volume du poing. Ponction. Récidive. Incision, puis cholécystostomie. Mort après plusieurs semaines de pneumonie.

MORTON.

Femme de 63 ans. Tumeur épigastrique. Un kyste du lobe carré du volume d'une orange. Incision, drainage. Guérison.

PELS LEUSDEN.

Femme de 44 ans. Tumeur hépatique dure, bosselée. Amaigrissement. Un kyste du lobe carré du volume d'une tête d'enfant, Incision, drainage. Guérison. Fistule.

PORTER.

Femme de 63 ans. Grosse tumeur fluctuante. Hémorragies intestinales. Un très gros kyste inférieur. Incision et drainage. Guérison. Fistule. Réintervention. Mort.

SCHAW et ELTING.

Femme. Tumeur sous-costale droite, croissant rapidement. Un kyste du lobe droit. Incision et drainage. Guérison.

SIDNEY BOYD.

Femme de 27 ans. Kyste fluctuant, accroissement rapide, anémie, douleur, ictère. Diagnostic de kyste hydatique probable. Un kyste du lobe droit du volume d'un gros poing. Marsupialisation. Mort.

BERG.

Femme de 45 ans. Tumeur dure, épigastrique. Un kyste du lobe gauche du volume d'un œuf de poule. Extirpation. Guérison.

BLAND SUTTON.

Femme de 75 ans. Kyste épigastrique. Diagnostic de kyste du mésentère. Un kyste inférieur du lobe gauche du volume du poing. Extirpation. Guérison. Paroi kystique fibreuse avec épithélium plat.

CORNER.

Femme de 15 ans. Tumeur sous-hépatique. Douleurs, vomissements. Diagnostic d'hydrocholécystite. Un kyste du bord antérieur du lobe droit. Extirpation. Guérison.

CZERNY.

Femme de 44 ans. Tumeur droite sous le foie. Un kyste du bord inférieur du lobe gauche du volume du poing. Extirpation. Guérison.

HOFFMAN.

Femme de 28 ans. Enorme kyste continu avec le foie. Douleurs. Un kyste du lobe carré du volume d'une tête d'adulte. Extirpation. Guérison.

LECHNEW.

Kyste **non parasitaire** du foie. Extirpation. Guérison.

MUNCK.

Femme de 44 ans. Kyste du foie, ictère, très mauvais état général. Un kyste du lobe carré du volume d'une tête d'enfant. Extirpation en deux temps. Guérison.

PAYR.

Femme de 25 ans. Tumeur fluctuante épigastrique. Amaigrissement. Diagnostic de kyste hydatique du foie. Un kyste du lobe gauche du volume d'une tête d'enfant. Extirpation. Guérison. Paroi kystique formée d'un épithélium cylindrique.

ROBERT M. GREEN.

Femme de 59 ans. Tumeur épigastrique douloureuse. Diagnostic de kyste de l'ovaire ou de fibrome pédiculé. Un très gros kyste de la face inférieure du lobe droit et un autre petit kyste. Extirpation. Guérison.

SCHULTZE.

Femme de 14 ans. Très grosse tumeur en continuité avec le foie. Diagnostic de kyste hydatique du foie ou d'hydronéphrose. Un kyste de la face inférieure du foie du volume de la tête d'un enfant. Extirpation en deux temps. Guérison. Fistule. Paroi kystique formée de trois couches et d'un épithélium.

SKONNIKOW.

Femme de 44 ans. Ictère il y a 15 ans, douleurs depuis 4 ans, tumeur sous-costale droite. Un kyste comme une tête d'enfant, un kyste comme un œuf, tous deux inférieurs et appartenant au lobe droit. Résection partielle. Marsupialisation. Guérison. Fistule.

COUSINS.

Femme de 27 ans. Signes d'un grand kyste abdominal. Diagnostic de kyste de l'ovaire. Un kyste de la face inférieure du foie du volume d'une tête d'enfant. Résection partielle, marsupialisation. Mort.

BOBROW.

Femme. Tumeur sous-hépatique. Un kyste de la face inférieure du foie de 20 cm. de haut. Résection partielle. Marsupialisation. Guérison.

FEDEROFF.

Femme de 56 ans. Tumeur sous-hépatique mobile. Diagnostic de cystadénome du foie. Un kyste de la face inférieure du foie, du volume d'une tête de nouveau-né. Résection partielle. Drainage. Guérison. Fistule.

HABERER.

Femme de 34 ans. Tumeur droite, douleurs, vomissements. Diagnostic de kyste du pancréas ou de tuberculose péritonéale. Grand kyste de la face inférieure du foie, plusieurs petits kystes autour. Extirpation du kyste. Résection du lobe gauche. Guérison. Paroi kystique formée d'un épithélium cubique.

KÖNIG.

Femme de 11 ans. Grosse tumeur hépatique, fluctuante, douleurs. Kystes nombreux de la face inférieure du foie, de dimensions diverses. Résection partielle du foie. Guérison. Paroi kystique formée d'un épithélium cylindrique.

KALTENBACH.

Femme. Enorme tumeur kystique, remplissant l'abdomen. Diagnostic de kyste de l'ovaire. Kystes multiloculaires énormes (320 litres par ponctions répétées). Ponctions, résection partielle du foie. Guérison.

MULLER.

Femme. Grand kyste allant jusqu'au pelvis. Kystes très nombreux (volume du poing et d'autres plus petits). Excision d'un coin hépatique. Mort par embolie.

SCHMIDT.

Femme de 60 ans. Petite tumeur du foie. Masse de kystes. Résection cunéiforme. Guérison.

TUFFIER.

Homme de 23 ans. Grosse tumeur hépatique droite bosselée. Diagnostic de kyste hydatique du foie. Masse de kystes dans le lobe droit, de dimensions diverses

allant d'une noisette au volume d'une orange. Résection cunéiforme. Guérison.

BLACKBURN.

Femme de 49 ans. Tumeur sous-costale gauche, pus dans les urines. Gros kyste du lobe droit, nombreux petits kystes. Incision, drainage. Néphrectomie (2^e temps). Guérison.

CHROBOK.

Femme de 46 ans. Grosse tumeur bosselée remplissant le ventre. Gros kyste du lobe droit. Très nombreux ailleurs, de toutes tailles. Incision des grands kystes, drainage. Guérison.

MULLER.

Femme de 59 ans. Très grosse tumeur bosselée, cachexie. Diagnostic de kyste de l'ovaire. Gros kyste inférieur, très nombreux petits kystes autour. Extirpation partielle, marsupialisation. Guérison après 7 ans.

REID.

Homme de 62 ans. Grosse tumeur hépatique. 34 kystes de toutes tailles. Incision et drainage en deux temps. Mort.

PLENK.

Femme de 40 ans. Ascite, augmentation de volume du foie. Péritonite. Diagnostic de cirrhose hépatique. Un kyste du lobe carré adhérent à un ulcère d'estomac. Kyste du volume d'une tête d'adulte. Laparotomie. Tamponnement. Mort.

HOPPE SEILER.

Jeune femme. Gros kyste emplissant l'abdomen.

Un kyste de la face inférieure du foie du volume d'une tête d'enfant. Essai d'extirpation, hémorragie, fermeture. Mort.

EVERIDGE.

Femme de 16 ans. Tumeur sous-costale droite fluctuante, ictère. Un kyste du lobe carré du volume d'une tête d'enfant. Anastomose du kyste et du duodénum. Guérison.

Etiologie

L'étude des antécédents, chez les malades atteints d'adénokystomes du foie, n'apporte aucun enseignement.

Cette affection, relativement rare chez l'homme, se rencontrerait plus fréquemment chez certains animaux d'après Cruveilhier.

Les adénomes biliaires kystiques et en particulier les grands kystes chirurgicaux du foie, se voient surtout chez *la femme* sans qu'il soit possible d'expliquer actuellement cette prédisposition. Alexandre en connaît 34 cas, dont 24 chez des sujets féminins. Constantini et Duboucher donnent la proportion suivante : 6 cas chez la femme pour un chez l'homme environ. Nous avons trouvé le même rapport (11 femmes et 2 hommes).

Bien que certains grands kystes chirurgicaux du foie soient signalés aux âges extrêmes de la vie, ils se rencontrent, en général, à un âge moyen. Leur développement classique a lieu entre 40 et 55 ans.

La coexistence d'adénomes kystiques du foie, et de nombreux vices de conformation, tels que : poly-

dactylie, inversion viscérale, anophtalmie, donne le droit de penser qu'il s'agit comme pour le rein, d'une maladie d'origine congénitale. En se basant sur ces faits, et, d'autre part, sur l'influence de l'hérédospecificité dans l'apparition de ces malformations, certains auteurs considèrent la *syphilis* comme un facteur étiologique important de l'affection qui nous occupe. Nous devons, à ce sujet, mentionner l'observation particulièrement intéressante, d'un malade présenté à la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, le 8 mai 1928, par P. Delore. Ce malade était en même temps atteint d'hémiplégie infantile gauche et de lésions polykystiques du foie et des reins.

Par ailleurs, les constatations histologiques suivantes : Le développement d'adénokystomes, en milieu inflammatoire en relation étroite avec des lésions conjonctivo-vasculaires, chez des sujets qui présentaient également des lésions spécifiques aortiques et pulmonaires, permettent à certains auteurs de dire que l'inflammation scléro-kystique est une des formes individualisées de l'inflammation syphilitique (Favre-Paviot).

Pathogénie

L'étude pathogénique des adénomes biliaires kystiques est étroitement liée à celle de la maladie kystique du rein, et comme pour cette dernière, plusieurs théories ont été proposées pour en expliquer la genèse.

La théorie de la rétention par oblitération des voies d'excrétion biliaire, la plus ancienne, ne trouve plus guère de défenseurs. Maes pense cependant que les adénokystomes du foie sont dus à une obstruction inflammatoire congénitale ou acquises du canalicule biliaire intrahépatique, la sécrétion continuant, les voies sus-jacentes se dilateraient. Constantini et Duboucher donnent les statistiques suivantes de Lomers et de Flebbe, peu favorables à cette hypothèse : Sur 85 cas d'oblitérations congénitales des voies biliaires, 4 cas seulement de kystes épithéliaux sont observés.

Une deuxième théorie : celle de *la prolifération épithéliale*, réunit un bien plus grand nombre de partisans. Margarucci défend cette idée, d'une prolifération anormale, d'une suractivité acquise de l'épithélium glandulaire. Dans l'observation inédite que nous rapportons, l'examen histologique a montré la pré-

sence de cavités étroites revêtues d'un épithélium, ressemblant à des canalicules biliaires anormalement disposés, anormalement nombreux et un peu dilatés.

La théorie du désembryome va plus avant. Elle cherche à pénétrer la cause de cette prolifération épithéliale. La plupart des auteurs, entre autres : Scallone, Zipf, Valler admettent la théorie dysembryoplastique de Letulle et Verliac, qui donne l'explication de la maladie polykystique du rein et du foie.

On peut rencontrer dans le parenchyme hépatique sain, mais surtout dans le foie kystique des traces de malfaçons formatives, des nappes embryonnaires où la glande a gardé l'aspect du foie primordial. Si la plus grande partie des éléments qui donneront le foie et les voies biliaires vont évoluer de façon normale, il en est qui conserveront leur aspect embryonnaire, et d'autres enfin qui deviendront monstrueux. Ce sont ces derniers qui serviront de point de départ à l'adénokystome.

Le kyste à épithélium cilié rappellerait un état embryonnaire fort éloigné.

La théorie de Letulle et Verliac ne s'applique pas uniquement au foie et au rein, mais également au pancréas, à l'utérus, au cerveau, etc., faisant ainsi de l'adénokystome du foie une localisation d'une maladie congénitale pouvant atteindre plusieurs viscères.

Malgré tout, la cause première de l'évolution anormale des éléments embryonnaires du foie reste encore inconnue.

Anatomie pathologique

Ici encore, l'analogie se poursuit entre le kyste rénal et le kyste hépatique, tous deux étant des formations kystiques tapissées par un épithélium d'origine canaliculaire. Cependant une différence capitale sépare le grand kyste du rein du grand kyste non parasitaire du foie. Alors que dans le premier cas, la continuité entre parenchyme et tumeur kystique est intime, le grand kyste chirurgical du foie est entouré d'une atmosphère conjonctive décollable, d'un véritable plan de clivage ayant une haute importance thérapeutique. Nous nous efforcerons surtout de mettre cette notion en évidence.

Bien des observations concernant les grands kystes non parasitaires du foie sont imprécises, mais presque toutes signalent la fréquence de la situation inférieure de ces formations kystiques. Le kyste à développement supérieur est exceptionnel, contrairement à ce qui se passe pour le kyste hydatique. Tous les auteurs reconnaissent comme siège de prédilection aux grands kystes biliaires du foie, le lobe droit de cet organe. Constantini et Duboucher donnent les chiffres suivants :

12 fois le kyste appartenait au lobe droit, 9 fois au lobe gauche, 7 fois au lobe carré. Dans neuf observations que nous rapportons où le siège du kyste est mentionné, sept fois il s'agit du lobe droit. Le kyste vraiment central paraît fort rare (1 cas de Scalone).

Les adénokystomes du foie sont très variables dans leurs dimensions, et tous les intermédiaires sont rencontrés entre le kyste microscopique et la volumineuse poche kystique. Boyer parle d'une quantité de liquide intrakystique atteignant huit litres. Dans une observation d'Alexandre, la capacité kystique était de onze litres. Le kyste avait les proportions de deux grosses têtes d'enfant chez la malade opérée par le Docteur Gignoux. Les volumes les plus souvent observés ne dépassent pas celui d'une orange, de deux poings, d'une tête de fœtus.

En règle générale, le grand kyste non parasitaire du foie est *solitaire*. Il existe bien quelques formations kystiques dans le parenchyme hépatique, mais seulement constatables à l'examen histologique.

Extérieurement, les kystes très nombreux rappellent l'aspect d'une grappe de raisin. Le gros kyste se présente sous forme d'une masse arrondie, parfois bosselée, plus ou moins adhérente au péritoine ou aux organes voisins. Ces adhérences sont, en général, celluluses et faibles.

Sans mordre sur le parenchyme hépatique, il est impossible de libérer les masses polykystiques. Par contre, *une zone clivable*, existant surtout dans les kystes de gros calibre rend l'énucléation tumorale possible. Il ne faudrait pas croire cette disposition cons-

tante. Comme dans les autres tumeurs congénitales intrahépatiques (adénomes solides et adéno-angiomes), il y a des cas où cette zone décollable n'existe pas ; c'est ce qui se produit notamment quand autour du grand kyste on trouve des petites grappes d'adéno-kystomes diffus. D'après certains auteurs, on pourrait croire que tous les kystes hépatiques non parasitaires se clivent aisément; c'est une exagération certaine.

La coupe du foie montre souvent des images de cirrhose, dispersées dans tout le parenchyme hépatique, mais plus particulièrement autour de la masse kystique où elles revêtent l'aspect d'une plage, d'un halo de sclérose.

A l'ouverture du kyste, la surface intérieure apparaît blanche et nacrée. Parfois elle présente des ébauches de cloison, traces d'une multiloculation primitive. Une partie de cette surface intérieure peut être plus ou moins suppurée. La suppuration de la poche, en favorisant la formation d'adhérences peut être également un obstacle à l'extirpation totale (observation du Docteur Gignoux). La faible tension du liquide, l'épaisseur de la paroi (3 à 5 millimètres) s'opposent à la rupture, rarement constatée.

Le liquide kystique de couleur variable: verdâtre, jaunâtre, hémorragique, par exception eau de roche, contient des sels et des pigments biliaires, de la cholestérine, de l'albumine. Sa richesse en sels minéraux est faible. On y rencontre encore des cellules épithéliales, des globules rouges ou des leucocytes, des cristaux d'acides gras,

Un épithélium le plus souvent simple, formé de cellules cylindriques ou cubiques, parfois ciliées, tapisse l'intérieur de la cavité kystique. Au delà de cet épithélium, on rencontre successivement une membrane basale nette, une paroi conjonctive d'importance variable suivant les dimensions de la poche kystique.

Cette gaine conjonctive formée de trois couches dans les grands kystes chirurgicaux, n'en présente que deux, en général, dans les kystes de moyen et de petit calibre.

La couche la plus interne, dont la trame est constituée par du tissu conjonctif réticulé, avec des fibres s'entrecroisant dans tous les sens et dans les interstices desquels cheminent des vaisseaux sanguins nombreux, contient également dans son épaisseur des cavités ovoïdes, tubulées, tapissées d'un épithélium analogue à celui de la grande cavité kystique. Celle-ci, qui à première vue semble unique, est, en réalité, en relation avec de nombreuses évaginations à tendance polykystique.

La couche moyenne est formée de fibres disposées parallèlement, serrées les unes contre les autres, n'englobant que de rares et minuscules vaisseaux.

La troisième et dernière couche est également riche en faisceaux collagènes plus ou moins ondulés. On y rencontre quelques rares fibres élastiques, quelques filets nerveux et des canalicules biliaires. Elle semble provenir de la transformation du tissu hépatique, laminé par la masse kystique. Cette couche externe manque par endroits, où elle est souvent réduite à quelques débris effilochés, et il est net que c'est dans son épaisseur que le clivage se produit,

Dans quelques cas exceptionnels, cette paroi conjonctive n'existe pas. Aumont et Marmasse apportent chacun une observation, où il est signalé qu'en dehors de l'épithélium, on rencontre uniquement des fibres musculaires lisses bien développées (Obs. III et VII).

Le parenchyme hépatique dans le voisinage de la tumeur offre des images cirrhotiques. Quand les kystes sont nombreux, une portion plus ou moins grande du foie est compromise par la sclérose. Les formations kystiques se trouvent englobées dans un tissu **fibreux** dense mais assez riche en cellules inflammatoires. Les vaisseaux sont parfois altérés, porteurs d'endo-péri-artérite.

En résumé, dans cette étude anatomo-pathologique, il est deux faits essentiels présentant un intérêt de premier plan :

1° Les grands kystes non parasitaires du foie sont souvent entourés d'une zone conjonctive décollable permettant leur extirpation totale.

2° Le gros adénokystome du foie étant, en général solitaire diminue ainsi les risques de l'intervention.

Etude clinique

A la lecture des différentes observations de grands kystes non parasitaires du foie que nous relatons, on ne rencontre aucun signe ou ensemble de signes donnant un caractère propre, une physionomie originale à cette affection, et permettant d'en faire facilement le diagnostic.

Ce sont: ou bien des tumeurs absolument latentes, découvertes par hasard, tel l'exemple où un kyste non parasitaire du volume d'une grosse tête d'enfant, fut rencontré lors d'une intervention pour hernie ombilicale (Obs. III, Aumont); ou bien, le plus souvent, il s'agit d'une tumeur abdominale pour laquelle les diagnostics les plus divers sont établis, les plus fréquemment posés étant ceux : de kyste hydatique, d'hydrocholécystite, voire même de kyste de l'ovaire ou du mésentère. La confusion avec le kyste hydatique est la plus commune, car dans les deux cas l'évolution est insidieuse. L'erreur est d'autant plus facile que dans ces deux affections, les symptomatologies physiques présentent plus d'une analogie.

Même quand les débuts du grand kyste non para-

sitaire du foie ont été marqués par quelques signes fonctionnels (diminution de l'appétit, ictère léger, digestions laborieuses, pesanteur abdominale), ceux-ci étant toujours très variables, peu intenses, ne peuvent à eux seuls mettre sur la voie du diagnostic.

La faible intensité des signes généraux ou fonctionnels, nous oblige à donner aux signes physiques la première place.

Les grands kystes non parasitaires siègent presque toujours sur la face inférieure du foie, au voisinage du ligament suspenseur, le plus souvent en avant, de sorte que la symptomatologie est épigastrique et antérieure.

L'inspection révèle une voussure plus ou moins importante, médiane ou latérale.

La percussion donne une matité franche. Dans certains cas, la matité kystique et celle du foie se confondent, dans d'autres une bande sonore plus ou moins large sépare les deux matités.

La palpation permet de sentir une tumeur arrondie, lisse, régulière, mais qui peut cependant présenter des bosselures lorsqu'il existe plusieurs poches kystiques.

La perception du bord antérieur du foie, passant en sautoir sur la masse kystique, sera d'un grand secours pour situer la tumeur. Parfois le kyste se pédiculise, pend dans la cavité abdominale, rendant ainsi difficile la détermination de son origine hépatique.

La palpation permet, en outre, d'obtenir un symptôme capital, signalé dans un grand nombre d'observations, c'est la *fluctuation*, expliquée par la faible pression qu'exerce le liquide sur la paroi kystique,

Cette fluctuation n'est jamais retrouvée dans le kyste hydatique, qui, au contraire, est dur, rénitent et donne au doigt l'impression particulière de frémissement hydatique.

La faible tension du liquide kystique est aussi favorable à la production du flot transthoracique et du flot transabdomino-thoracique.

Presque toujours absents dans les débuts de la maladie, *les signes fonctionnels* sont également rejetés au second plan à la période d'état.

La douleur, signalée dans un assez **grand nombre** d'observations, est plus fréquente que dans le kyste hydatique. Elle se présente parfois, comme dans d'autres affections hépatiques, avec des irradiations vers la base thoracique, ou vers l'épaule droite, mais le plus souvent, le malade accuse seulement une sensation de gêne, une vague pesanteur épigastrique. Cette douleur semble due à la présence d'adhérences, ou être la conséquence de la compression des organes voisins par la tumeur.

L'ictère vient après la douleur. C'est parfois un ictère franc, relevant de la compression du pédicule hépatique par la masse kystique (dans l'observation de Munk, l'ictère disparut après l'intervention), mais, en général, il s'agit d'un ictère léger, paraissant résulter de l'atteinte du parenchyme hépatique.

Les vomissements sont rares. Ils sont alimentaires ou bilieux.

Les signes généraux, toujours absents au début de la maladie, peuvent apparaître à une période avancée. Ils consistent en amaigrissement, asthénie, perte

de l'appétit. Si l'on n'intervient pas, le malade arrive à la période cachectique avec œdème et ascite.

Ces phénomènes généraux traduisent la déficience plus ou moins marquée du parenchyme hépatique, et sont surtout prononcés dans le foie polykystique. Néanmoins, ils existent dans le grand kyste non parasitaire. Cette preuve de l'atteinte du parenchyme hépatique a été mise en évidence par Noël Fiessinger. Dans un cas de foie polykystique, cet auteur a montré l'atteinte de la fonction azotée, alors que la fonction chromagogue et biliaire était respectée. Cette asynergie fonctionnelle dénoterait une insuffisance hépatique minime, et expliquerait ainsi la longue durée de l'affection.

Des accidents aigus ont été signalés (obs. IV, Aumont). Il s'agit là d'une éventualité fort rare. Il est probable que dans ce cas, il s'est produit une brusque augmentation de volume de la poche kystique, avec réaction (aseptique) du péritoine voisin.

En mettant de côté les signes généraux et l'ictère, dont nous avons déjà parlé, les complications du kyste non parasitaire du foie sont exceptionnelles. La rupture et la suppuration s'observent bien plus rarement que dans le kyste hydatique. Dans l'observation du Docteur Gignoux, l'examen histologique a montré que l'épithélium kystique était plus ou moins suppuré. Parmi toutes les observations que nous rapportons, il en existe un autre cas, celui de Glotz.

La compression de la veine cave, de la veine porte, peuvent également compliquer la situation.

Les formes cliniques sont conditionnées par la si-

tuation du kyste et par son volume. A l'inverse de ce qui se passe dans le kyste hydatique, le kyste non parasitaire du foie ne présente pas de forme supérieure.

Parmi les principales, citons : le kyste du lobe droit et celui du lobe gauche, à développement antéro-inférieur, les plus fréquents.

Le kyste postéro-inférieur, qui peut en imposer pour une tumeur du rein.

Enfin, les kystes pédiculés ou très volumineux, atteignant parfois le bassin, et suscitant les plus grosses difficultés de diagnostic.

Diagnostic différentiel

Le diagnostic de kyste non parasitaire du foie est toujours difficile. Dans l'observation que nous rapportons, le diagnostic posé fut celui de kyste de l'ovaire ayant fait récemment une torsion. Les erreurs les plus variées ont été commises. En dehors du kyste hydatique auquel on songe habituellement, il faut citer par ordre de fréquence la confusion avec le kyste de l'ovaire, avec le kyste du mésentère. Parmi les différentes observations que nous relatons, 9 fois le diagnostic de kyste hydatique fut fait, 7 fois celui de kyste de l'ovaire, 2 fois celui de kyste du mésentère. Dans un seul cas, on pensa au cystadénome du foie (observation de Grégorieff).

La multiplicité de ces erreurs s'explique par deux faits :

1° Tout d'abord la rareté de l'affection à laquelle on ne songe pas.

2° L'absence de signes caractéristiques, individualisant l'adénome biliaire kystique.

S'il fallait établir une observation schématique, permettant de mettre en évidence les éléments utiles au diagnostic différentiel, nous pourrions la résumer de la façon suivante :

Il s'agit d'une femme allant trouver son médecin parce qu'elle présente une tuméfaction abdominale plus ou moins volumineuse, qui la gêne et qui, surtout, l'inquiète.

L'interrogatoire ne révèle aucun antécédent particulier, ni aucun trouble prémonitoire important.

L'examen physique alors pratiqué permet de se rendre compte que la tumeur fait partie du foie, ou bien qu'elle est nettement abdominale.

Envisageons le premier cas: l'examen clinique a révélé que la tumeur kystique se continue avec le parenchyme hépatique (il n'y a pas d'interruption entre les deux matités kystique et hépatique, le bord antérieur du foie passe en sautoir au-dessus de la tumeur). Le diagnostic va lors se poser avec celui de kyste hydatique. La rénitence de ce dernier, opposée à la fluctuation nette du kyste non parasitaire, la réaction de Weinberg et de Parvu, les antécédents permettent souvent de conclure. La ponction pourrait rendre des services, mais cette pratique est à rejeter parce que dangereuse.

On éliminera facilement toutes les hypertrophies du foie, telles que cancer et cirrhose hypertrophique.

Dans la deuxième éventualité, la masse kystique plonge plus ou moins dans la cavité abdominale. Il faudra surtout rejeter le diagnostic de kyste de l'ovaire, d'hydronéphrose, de grosse vésicule.

Le diagnostic de kyste de l'ovaire est comme nous l'avons vu une des erreurs les plus souvent commises. Il s'agit parfois de tumeurs descendant jusque dans le Douglas. Dans l'observation du Docteur Gignoux,

la masse kystique était perçue dans la fosse iliaque droite.

La radiographie, le cathétérisme de l'uretère permettront d'éliminer l'hypothèse d'hydronéphrose.

Pour la grosse vésicule, le sillon très net qui la sépare du foie et les antécédents gastro-hépatiques du malade en feront soupçonner l'existence.

Traitement

Nous envisagerons uniquement le traitement des grands kystes solitaires, et nous laisserons de côté la dégénérescence polykystique, plus ou moins étendue ou même localisée pour laquelle cependant la résection cunéiforme a été pratiquée, l'absence d'une zone de décollement empêchant d'isoler la masse kystique du parenchyme hépatique.

Le traitement du grand kyste non parasitaire du foie est chirurgical. Parmi les différents procédés de traitement préconisés, deux seulement méritent de retenir l'attention :

1° La résection totale de la poche kystique.

2° La marsupialisation, avec ou sans résection partielle.

La ponction évacuatrice est complètement rejetée à l'heure actuelle. C'est un moyen inutile, car il n'arrête nullement l'évolution de la maladie. C'est, d'autre part, un procédé dangereux, entraînant souvent la mort par péritonite. Constantini et Duboucher rapportent 5 cas de kystes non parasitaires traités par la ponction simple, suivis de 4 décès. La mort fut dans

chacun des cas le fait de la péritonite. Scalone, dans un travail plus récent, cite également l'histoire d'un kyste non parasitaire du foie survenu chez une petite fille, et traité par la ponction. La mort survint cinq jours après.

La résection totale de la poche kystique apparaît comme le procédé de choix, comme le traitement idéal des kystes solitaires du foie. Elle est basée sur le fait suivant que nous avons étudié dans un chapitre précédent, à savoir : la présence à la périphérie des kystes de moyen et de gros calibre, d'une couche conjonctive décollable. L'énucléation totale présente des avantages appréciables : une guérison rapide et la quasi-certitude de ne pas voir de récidives. Elle ne va pas cependant sans ses dangers ; l'hémorragie parenchymateuse toujours importante qui survient après le décollement est signalée par tous les auteurs (obs. II, Constantini et Duboucher ; obs. IV, Aumont), malgré des manœuvres opératoires très prudentes ; la longue durée de l'intervention, les tiraillements exercés sur la masse kystique brutalisant plus ou moins le foie. On conçoit aisément que la résection totale soit un procédé opératoire, long, pénible et shockant, car l'opérateur se trouve souvent en présence d'un kyste à large insertion hépatique (dans l'observation du Docteur Gignoux, cette zone d'implantation mesurait approximativement 20 centimètres dans le sens antéro-postérieur sur 15 à 20 en largeur), et que, d'autre part, le plan de clivage peut manquer par endroits. Le siège du kyste (kyste postérieur), son volume, peuvent être également des ob-

stacles à l'emploi de l'énucléation. L'absence de fistule consécutive, grâce à cette pratique, n'est pas une règle générale. Dans l'observation de Schultze, une fistule est mentionnée, de même qu'une récurrence. Constantini et Duboucher donnent en faveur de l'énucléation la statistique suivante : Sur 11 malades traités par cette technique, 10 ont survécu. Parmi les différentes observations que nous avons pu réunir, deux fois seulement l'extirpation fut pratiquée. Dans la première observation, la guérison survint sans incidents, dans la seconde les suites opératoires furent mouvementées pendant les quarante-huit premières heures. La mortalité opératoire de cette pratique semble bien avoir comme cause essentielle le shock consécutif à une intervention de longue durée, plus ou moins mutilante pour le foie (obs. I, Constantini et Duboucher) (malade décédée le cinquième jour en anurie).

La marsupialisation, avec ou sans résection partielle de la poche kystique, est le procédé opératoire le plus souvent employé dans le traitement des kystes non parasitaires du foie. Constantini et Duboucher, dans leur travail, rapportent 17 marsupialisations et 11 énucléations. Sur 9 observations réunies dans cette thèse, dans lesquelles la pratique opératoire utilisée est indiquée, 7 fois la marsupialisation fut faite. Cette intervention a sur la précédente deux supériorités : sa facilité d'exécution : le chirurgien n'étant pas obligé de rechercher un plan de clivage plus ou moins hypothétique, ou de réaliser une hémostase souvent difficile, sa rapidité, mettant le malade à l'abri des

accidents de shock post-opératoire. Si, dans la marsupialisation, les suites immédiates se font sans incidents, par contre la guérison n'a souvent lieu qu'après une période de fistulisation plus ou moins longue : 3 mois (Ahlfeld), 9 mois (Doran). Dans l'observation de Schaack, les fistules se tarissent vers le neuvième mois. Ces cas sont malgré tout des raretés. La malade du Docteur Gignoux fut opérée le 3 mars 1928, la guérison fut définitive avec cicatrice solide le 16 avril 1928, donc un mois et demi après environ. Sur 17 marsupialisations, Constantini et Duboucher constatent 6 fois la persistance de fistules sans indiquer toutefois leur date de fermeture. Nous réunissons seulement deux fistules sur 7 marsupialisations (Schaack, 9 mois ; Scalone, plusieurs mois). Ces fistules peuvent parfois nécessiter une réintervention (la malade de Porter mourut à la suite d'une opération pour fistule persistante).

Le grief le plus important fait à la marsupialisation est la possibilité de récidives. Constantini et Duboucher signalent une seule récidive (cas de Bird). L'énucléation, comme nous l'avons déjà vue, n'est pas exempte de ce reproche (malade de Schultze).

Pour Constantini et Duboucher, la marsupialisation a donné les résultats suivants : 13 guérisons et 4 décès. Nous trouvons des chiffres plus favorables : 7 guérisons sur 7 interventions. Faut-il incriminer la marsupialisation dans les 4 décès cités précédemment ? Dans le cas de Mayo Robson, la mort survint trois ou quatre semaines après l'opération du fait d'une pneumonie ; dans celui de Porter, il s'agissait d'un réin-

tervention pour fistule persistante et, d'autre part, la malade présentait des hémorragies intestinales; dans l'observation de Sidney Boyd, on parle d'un kyste à accroissement rapide avec atteinte marquée de l'état général (ictère-anémie).

Il faut citer comme autres complications secondaires pouvant survenir après la marsupialisation: les hémorragies, l'infection de la poche et la possibilité d'une éventration.

Signalons également un autre procédé opératoire, préconisé par le chirurgien anglais Everidge (anastomose entre la poche kystique et le duodénum). Il apporte un cas s'étant terminé par la guérison grâce à cette pratique. Scalone donne la statistique suivante, concernant cette technique (9 cas d'anastomose bilio-intestinale : 4 morts).

A quel procédé opératoire le chirurgien devra-t-il avoir recours en présence d'un kyste non parasitaire du foie? Il semble impossible de poser des règles précises applicables à tous les cas, puisque le siège anatomique de ces kystes, leur mode d'insertion (pédiculés, largement séniles ou même intrahépatiques) sont très variables. Il est évident que l'extirpation totale est une pratique idéale, celle qui satisfait le mieux l'esprit, mais elle demeure néanmoins une grosse intervention, longue et sanglante. La marsupialisation avec, si possible, résection partielle de la poche, moins élégante, exigeant des soins post-opératoires minutieux, reste une technique plus prudente et plus rapide.

Elle tirera donc ses indications de l'état général du

sujet. Chez les sujets affaiblis, peu résistants, chez les malades présentant une atteinte du parenchyme hépatique (ictère, troubles digestifs, amaigrissement), chez les cardiaques, chez les rénaux, la marsupialisation devient nettement indiquée.

Les conditions locales font souvent de cette technique le seul procédé utilisable. Il en est ainsi de certains kystes postérieurs, de kystes volumineux ou à large surface d'implantation. Les adhérences aux organes voisins, au péritoine peuvent créer également une indication à son emploi.

L'énucléation reste donc réservée aux kystes petits, presque pédiculés, facilement accessibles, facilement énucléables chez des sujets résistants.

Vouloir s'obstiner à enlever toujours les poches kystiques serait s'exposer à de graves accidents, peu excusables, car dans bon nombre de cas, le grand kyste non parasitaire du foie reste une affection bénigne.

Conclusions

I. — L'adénokystome du foie est le plus fréquent des kystes non parasitaires de cet organe, les kystes lymphatiques et dermoïdes sont exceptionnels.

II. — Cette affection se voit surtout chez la femme.

III. — La pathogénie de l'adénome kystique reste imprécise; la majorité des auteurs lui reconnaît une origine congénitale.

IV. — Les grands kystes épithéliaux du foie sont, en général, solitaires. Ils siègent le plus souvent à la face inférieure du lobe droit et sont entourés d'une zone décollable permettant leur énucléation à l'encontre de ce que l'on observe dans les grands kystes du rein.

V. — L'affection se manifeste presque uniquement par des signes physiques. Le diagnostic est toujours difficile, la confusion avec le kyste hydatique étant la plus commune: la fluctuation du kyste non parasitaire est le seul signe différentiel important,

VI. — Le traitement du grand kyste du foie non parasitaire est chirurgical. La ponction simple est à rejeter. L'extirpation complète de la poche est la thérapeutique de choix qui donne une guérison sûre et rapide. Lorsqu'elle est impossible pour des raisons d'ordre général ou des conditions locales défavorables (situation, adhérences, volume), on utilisera la marsupialisation avec résection du maximum de la paroi kystique. Par cette pratique moins brillante, la guérison est plus lente. Cependant, d'après les statistiques les résultats qu'elle donne sont suffisamment bons pour qu'elle puisse soutenir la comparaison avec l'extirpation.

Vu :	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	VILLARD.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 26 Janvier 1929.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

Bibliographie

- ALEXANDRE. — *Les kystes solitaires non parasitaires du foie* (Edimbourg Medical Journal, février 1925, n° 2, p. 61).
- ALLMANN. — *Kyste non parasitaire du foie* (The Journal of the American Medical Association, 1922, n° 20, p. 1532).
- AUMONT. — *Deux observations de kystes non parasitaires du lobe droit du foie* (Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, n° 20, 28 juin 1924, p. 733).
- CONSTANTINI et DUBOUCHER. — *Des adénomes biliaires kystiques et spécialement des grands kystes chirurgicaux du foie* (Journal de Chirurgie, n° 1, janvier 1923, p. 1).
- DELORE (P.). — *Maladie polykystique du foie et des reins* (Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, 8 mai 1928).
- FIESSINGER (Noël). — *Un cas de gros foie polykystique* (Presse Médicale, 21 juillet 1928, p. 921).
- LETULLE et VERLIAC. — *Kyste du rein et du foie* (Bulletins et Mémoires de la Société Anatomique de Paris, mai-juin 1911).
- MAES. — *Deux cas de kystes non parasitaires du foie* (American Journal of Surgery, n° 3, mars 1924, p. 68).

- MARGARUCCI. — *Kystes non parasitaires du foie avec considérations sur les kystes néoplasiques solitaires* (Il Policlinico (Sezione Chirurgica), 15 décembre 1922, p. 649, et 15 janvier 1923, p. 16).
- MARMASSE. — *Kyste parahépatique non parasitaire* (Bulletin et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie de Paris, 18 mars 1925, p. 357).
- SCALONE. — *Contribution à l'étude d'un kyste biliaire non parasitaire développé chez un enfant* (Il Policlinico (Sezione Chirurgica), 15 mai 1924, p. 260).
- SCHAACK. — *Des kystes non parasitaires du foie* (Archiv für Klinische Chirurgie, fasc. 1 et 2, 31 juillet 1923, p. 182).
- SIMS. — *Kyste solitaire non parasitaire du foie* (Med. and Surg. Journal (New Orléans), janvier 1924).
-

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	9
Observations	13
Etiologie.....	39
Pathogénie.....	41
Anatomie pathologique	43
Etude clinique.....	49
Diagnostic différentiel.....	56
Traitement.....	59
Conclusions.....	65
Bibliographie	67



IMP. BOSC FRÈRES & RIOU
• 42, QUAI GAILLETON •
• • • • • LYON • • • • •



